Barreda (L) andrade

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA

ANESTESIA EN EL PARTO NATURAL Y FISIOLÓGICO

TÉSIS

QUE PARA EL CONCURSO Á LA PLAZA DE PROFESOR
ADJUNTO Á LA CÁTEDRA
DE OBSTETRICIA EN LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO,
PRESENTA

EL DR. LAMBERTO BARREDA

AL JURADO CALIFICADOR.



MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO
Calle de San Andrés núm. 15.

1889

X

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA

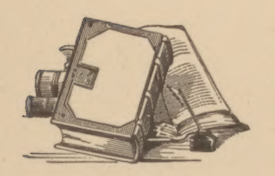
ANESTESIA EN EL PARTO NATURAL Y FISIOLÓGICO

TESIS

QUE PARA EL CONCURSO Á LA PLAZA DE PROFESOR
ADJUNTO Á LA CÁTEDRA
DE OBSTETRICIA EN LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.
PRESENTA

EL DR. LAMBERTO BARREDA

AL JURADO CALIFICADOR.



MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO
Calle de San Andrés núm. 15.

1889

A LA MEMORIA DE MI QUERIDO TIO

EL ILUSTRE Y SABIO DOCTOR

GABINO BARREDA.

INTRODUCCION.

Desde el descubrimiento del cloroformo hecho por Simpson en 1847, ha sido este precioso agente para los cirujanos lo que el ópio para los médicos, el agente sin el cual no podían ni unos ni otros ser útiles á sus semejantes ni cumplir con la sagrada y noble misión que se han impuesto, "*Curar cuando se pueda, aliviar lo más que sea posible; pero consolar siempre.*"

Con la ayuda del cloroformo la cirujía ha hecho inmensos y grandes progresos, vistos los servicios incontestables que le presta al cirujano bajo todos puntos de vista; pero principalmente bajo el punto de vista del dolor y de la sensibilidad refleja.

El dolor es uno de los síntomas que han preocupado y preocuparán siempre tanto al médico como al cirujano, y sin embargo por mucho tiempo, el partero ha quedado impasible ante el horrible sufrimiento y el doloroso estado en que se encuentra la mujer en el momento de cumplir la gran misión que le está exclusivamente encomendada, es decir, en el momento del parto; no decidiéndose á administrar el cloroformo sino cuando trata de hacer la versión, la aplicación del forceps ó cualquiera otra operación obstétrica.

En el parto natural y fisiológico es cierto que el dolor ó lo que es lo mismo, la contracción es un fenómeno no sólo natural, sino necesario para el trabajo; pero si podemos hacer que

este acto se cumpla natural y fisiológicamente evitando á ciertas parturientas los horribles y desesperantes sufrimientos sobre todo—en cierto momento del último período del parto, haciendo que las contracciones uterinas sean lo ménos dolorosas que sea posible—les habremos hecho un inmenso benecio y habremos cumplido con nuestro sagrado deber como médicos.

Actualmente ya en México algunos parteros convencidos de la completa inocuidad del cloroformo administrado en pequeñas porciones y solamente para moderar la sensibilidad dolorosa en el parto natural, sobre todo en el período de expulsión, administran el cloroformo *por complacencia* como dicen generalmente: pero aún hay otros muchos que ya sea por el temor del mencionado anestésico ó por ideas más ó menos sofísticas, permanecen impasibles ante los horribles sufrimientos de la parturienta sin prestarle el alivio, y sobre todo, el consuelo para lo que han sido solicitados.

Así pues, creemos que en la actualidad se debe y se puede prestar un grande servicio á las parturientas, evitándoles los atroces sufrimientos del último período del trabajo, sometiéndolas á la semi-anestesia clorofórmica ó analgesia como la llaman muy bien Campbell y otros parteros de nota.

No está en mi ánimo absolutamente el pretender sentar como un principio, como una regla general, el que el partero deba administrar el cloroformo á todas las parturientas; pues ni todas lo desean ni á todas se les podría aplicar. Así pues, me refiero exclusivamente á los que soliciten el ver minorados sus sufrimientos por medio de la anestesia,—siempre que no haya ninguna contradicción formal para ello—y sobre todo, en aquellas en quienes esté indicado recurrir al cloroformo, como lo expondremos cuando hablemos de las indicaciones de la anestesia obstétrica ó semi-anestesia; la única especie de anestesia á que nos referimos en el curso de este trabajo, y en lo cual deseo que el lector se fije, porque de la confusión—involuntaria tal vez—entre esta anestesia y la anestesia completa ó quirúrgica, es de donde derivan la mayor parte de las objeciones

que se han hecho y se hacen al método de la semi–anestesia ó anestesia obstétrica.

El primero que tuvo la idea de recurrir al cloroformo en la práctica de los partos fué Simpson, y desde 1856 podía él citar 1,519 y Churchil 3,000 casos de éxito, sin que ningún accidente viniese á empañar una estadística ya notablemente feliz. Sin embargo varias objeciones se han hecho al empleo del cloroformo en el parto natural y fisiológico, y una de las primeras es, que la anestesia en el parto natural está fuera de la necesidad y de la ciencia.

En primer lugar en cuanto á la cuestión de necesidad, declararemos que aun en los partos "que se hacen solos" pero que se hacen como casi siempre, sobre todo, *en las primerizas, dolorosamente*, había una indicación no necesaria puede ser, pero suficiente siempre (todas las precauciones siendo tomadas), para moderar el sufrimiento en una mujer, que con razón ó sin ella, no puede, no sabe ó no quiere soportarlo.

Con mayor razón cloroformaríamos una parturienta en quien el dolor puede constituir, bajo el punto de vista de las consecuencias, una gravedad de estado por el agotamiento de las fuerzas físicas y morales. A las dósis en que administramos el cloroformo y bajo las condiciones á las cuales nosotros reconocemos la importancia y las restricciones que (en caso de contraindicación) sabemos poner á su empleo, estimamos que el *primo non noscere* está salvado. Las estadísticas del mundo entero, que desde hace treinta años han probado la inocuidad de la anestesia obstétrica, están á nuestro favor. Sentado esto, no comprendemos por qué tendríamos que esperar otra necesidad para dar el alivio que se nos pide. ¿Todos los partos simples no pueden, para ser juzgados dignos de anestesia, llegar á ser *patológicos*, casos *raros*, de dolores desviados etc.?

La disminución del dolor del parto á cualquier grado que se le considere, y poco importa el nombre que se le dé, es un deber que tiene todo médico prudente y bien familiarizado, además con todas las particularidades de esta práctica. Esta facultad puede ejercerla en cualquier instante que lo juzgue

oportuno en el momento del trabajo, estando reservadas todas las contraindicaciones, y bajo su propia responsabilidad profesional, cuando haya obtenido el consentimiento deseable. Obrando así, lo hará bajo el punto de visto puramente humanitario, con una necesidad más que suficiente y sin que se pueda venir á declararlo, por sólo este hecho, fuera del estado de gracia identífica.

Quiero creer que los hombres que han llegado á una posición científica penosamente adquirida y altamente merecida, sabrán mejor que ninguno explicar á una parturienta por qué sufre, enseñarle á distinguir en dónde termina el dolor fisiológico y en dónde el sufrimiento patológico comienza.

Mas, aun en el más bello punto de vista de sus argumentos en contra de la anestesia, el partero acabará por comprender también que trata con una más sabia que él, cuando á todas sus observaciones y á todos sus banales consuelos, la mujer, al llegar al extremo de esta agonía del trabajo, responderá: "pero yo sufro;—aliviadme!"

Esto lo repetirá cien veces con toda la energía de sus entrañas que le parecen desgarrarse. A esta mujer que ha oído elogiar los beneficios de la anestesia clorofórmica, le respondereis ¿que no tiene sentido común, que no sabe sufrir? ¿Intentareis probarle que no entiende nada de medicina, y que respecto al alivio que implora, no hay más que las "ininteligentes" de un sexo que crean en él?

¿Seriamente, puede uno admitir que con toda la ciencia que se quiera suponer á un hombre, pueda éste erigirse en juez tan infalible respecto á la cantidad de dolor que soporta tal ó cual naturaleza de mujer? No diremos nada de las que rehusan toda especie de anestesia; pero compadeceremos á las que, *queriendo ver moderados sus dolores* por el cloroformo, no encuentran en su partero más que un hombre de mundo que tratará de distraerlas con conversaciones más ó menos aptas para cautivar su interés, exponiéndose muchas veces á reproches más ó menos mortificantes,

Si concursos brillantemente sostenidos, lecciones elocuen-

temente dadas, si libros claramente escritos confieren una reputación científica merecida y hacen profesores autorizados, no se deduce de ello que bajo cierto punto de vista, el de la anestesia obstétrica, por ejemplo, la educación práctica deba ser apreciada en nada. Por ilustre maestro que uno sea, no se desprecia el saber respetar en la ocasión la experiencia de otros en la anestesia obstétrica.

La práctica del mundo entero en la anestesia obstétrica, viniendo á proclamar su inocuidad constante, la adhesión, de día en día más notable, de la mayoría de los parteros, la satisfacción y la gratitud, dígase lo que se dijere de las parturientas razonables, todas estas condiciones del pasado y del porvenir deben consolar al grupo médico bajo el punto de vista de la seguridad y de la utilidad del método. La experiencia nos enseñará muy pronto á eliminar los muy ligeros inconvenientes, si acaso se encuentran.

Hemos hecho comprender, sin tener que insistir más, creemos, lo que hay de inhumano en no querer hacer disfrutar á las desgraciadas parturientas *que lo soliciten*, los beneficios de una anestesia corta, medida según sus necesidades. Las razones ya dadas en favor de la anestesia obstétrica, tal como la hemos formulado, la semianestesia ó analgeria de Campbell, son bastante importantes, bastante válidas para que el primer reproche de una muy grande parcialidad no nos llegue. Así, pues, para reasumir diremos, que no pensamos hacer una anestesia *fuera de la ciencia*, porque en los partos simples hemos francamente disminuído nuestro grado de anestesia.

Evidentemente el método que consiste en hacer una anestesia incompleta, ha debido parecer de una alta inconveniencia científica á los que no admiten más que la anestesia de necesidad, ni aun quieren reconocer entonces y para quedar en la ciencia ningun grado inferior á la anestesia entera, verdadera, profunda de los cirujanos, y que, en lugar de admitir la anomalía de nuestra anestesia comparada á la de los operadores, y de estudiar los detalles de ella, prefieren criticarla con un diluvio de calificaciones, y que se reducen á esto: que nuestra

anestesia es para el médico una ilusión más ó menos honrada, y para la clientela un medio puramente dilatador, bueno á lo más para engañar mujeres ininteligentes.

Es de preguntarse verdaderamente ¿cómo aquellos cuya opinión absoluta en este punto de terapéutica parece ser *todo* ó *nada*, se portan en presencia de las antiguas prácticas de nuestro arte, la sangría, el uso del ópio, tártaro estibiado, por ejemplo. Toda sangría, para ellos deberá pues, ser fatalmente llevada hasta el síncope? ¿El narcotismo opiado debería, para valer algo, ser llevado hasta la intoxicación real, y no le dan ningun valor á la táctica tan variada que caracteriza la administración de las dósis de sal antimoniacal, según el resultado que se quiere obtener? Pretender que nos ilusionamos diciendo que se puede y que se debe, para obedecer á las cortas necesidades de la indicación obstétrica, detenerse á la mitad de una anestesia comenzada, es mostrar que no se sabe olvidar los errores de los primeros días. Es esta anestesia absoluta que afectan,—entonces puede ser con oportunidad, á las necesidades de la obstetricia *operatoria*, de la cual se han casi exclusivamente preocupado,—es esta anestesia que ha servido á nuestros contradictores como unidad de medida para juzgarnos, y concluir en contra de nosotros por un orden de hechos muy diferente.

Parece, sin embargo, que para llevar á nuestros adversarios á una más sana apreciación de los hechos, no habría más que recordarles, por una parte, la serie de los fenómenos secundarios de la anestesia por donde pasa, desdeñándola casi siempre, el cirujano que tiene por mira (y esto se concibe) el prototipo de una anestesia llena y entera, y hacerles notar, por otra parte, que esta anestesia incompleta ha bien parecido suficiente á los ojos de algunos prácticos, para ciertas indicaciones quirúrgicas de una importancia menor en cuanto á la intensidad y la curación del dolor resentido; tales como la apertura de un pequeño absceso, la abulción de un diente enfermo, etc., etc.

Se ha reprochado también al método semianestético aplicado al parto natural, el ser una práctica banal. A esto respon-

deremos que no es más banal que el dolor mismo. Y no vemos por qué un partero deba esperar á que un dolor sea desviado, por ejemplo para dar el cloroformo cuando se lo pidan. ¿Quién nos dice que el dolor fisiológico no es ya por sí mismo una desviación de la naturaleza? Cuando se lee lo que pasa en el parto de las mujeres de ciertas tribus africanas, y en el parto de los animales que han quedado al estado salvaje, se puede uno preguntar si el dolor del parto no es un resultado de la civilización misma y de la domesticación. ¿Por qué se quiere esperar á que este dolor llamado *fisiológico* y que no existe sino realmente á un cierto grado en todas las mujeres, haya tenido el tiempo de revestir, por otra parte, un sello patológico? ¿En dónde y cuándo se trazará la línea de demarcación? ¿Quién nos dice, en fin, que si hubieseis adelantado al dolor y si hubieseis comenzado temprano por hacer á la mujer algunas inhatalaciones clorofórmicas no habríais evitado esta *desviación* que proviene la mayor parte del tiempo, de la irritabilidad de un orificio resistente?

Por mi parte, yo desearía á la anestesia abstétrica la *banalidad* de las buenas prácticas nacidas del sentido común, la *banalidad* de las invenciones reconocidas benéficas, la *banalidad* de las invenciones útiles.

Recordaré aquí, á propósito de esto, la oposición hecha en Francia á la introducción de la práctica de la ligadura de las arterias propuesta por Ambrosio Paré? ¿la oposición hecha á la práctica, desde hace cerca de un siglo conocida en Inglaterra, del parto prematuro artificial? ¿las luchas que tuvo que soportar la introducción de la vacuna? ¿y desde el tiempo de Simpson mismo, como hoy todavía, la práctica benéfica de la anestesia en los partos naturales? Cuando el primer hombre, caminando con los piés desnudos, tuvo la idea de aplicarse en la planta de los piés una suela para evitar la *presión dolorosa* del suelo sobre el cual se apoyaba, realizó una invención que ha llegado á ser con el tiempo y la moda singularmente *banal*. En seguida, cuando el hombre, sintiendo la fatiga de la marcha, pensó en hacerse trasportar de un lugar á otro sobre el dorso

de un animal, ó hacerse llevar en un vehículo cualquiera, al cual ataba el animal, era un ingenioso procedimiento, pero se generalizó tanto, que llegó á ser *banal*, y ninguno, que se sepa, se había absolutamente opuesto. Pero cuando se ha querido perfeccionar aún más, y que, en la primera mitad del presente siglo de las luces y del progreso fué cuestión en Inglaterra y en Francia, de dar á los medios de locomoción el último término de la perfección, aplicándoles la fuerza motriz del vapor primero, y hoy de la electricidad, se ha casi olvidado hoy qué oposición fué hecha á esta idea, y esto por hombres los más inteligentes y de los más altamente colocados en la jerarquía política y científica del país, Fué lo mismo más tarde cuando se trató de establecer el telégrafo eléctrico. Y quién sabe, á pesar de todo, de qué *banalidad* han llegado á ser los caminos de fierro, á pesar de sus accidentes, siempre muy frecuentes, y de qué banalidad se honra hoy la nueva telegrafía. No tememos, pues, para el porvenir de la *anastesia obstétrica aplicada á los partos naturales*, la oposición que en este momento todavía la combate, si—como tenemos la firme confianza de ello—debe triunfar de la misma manera que han triunfado estas gloriosas invenciones, antes tan ardientemente combatidas y llegadas á ser hoy *banalidades*, sin las cuales no podría uno pasársela.

Tales son las reflexiones que he creído conveniente hacer á propósito de la administración del cloroformo en el parto natural y fisiológico.

Se verá más adelante, en efecto, que todas las objeciones hechas contra la semianestesia están fundadas en la admisión exclusiva de la anestesia entera; emanan de parteros que quieren ignorar una *anestesia incompleta* que Campbell, Bandens, Hervez de Chégoin, Houzelot y otros han sin embargo reconocido suficiente para ciertas indicaciones de la cirugía, de prácticos que no consienten en aplicar á la obstetricia más que la sola y única anestesia quirúrgica plena y entera, de la cual han podido á buen derecho, yo no lo niego, encontrar ellos mismos el empleo en el momento de sus *intervenciones quirúrgicas en obstetricia*.

Así pués, voy á procurar en el curso de este trabajo, 1º Dar una idea de la anestesia obstétrica, semianestesia ó analgesia, como la llaman Campbell y otros notables parteros. 2º Demostrar su inocuidad. 3º Precisar sus indicaciones y manera de proceder.

I

ANESTESIA OBSTÉTRICA.—SEMI–ANESTESIA, ANALGESIA.

Varias son las objeciones que científicamente se han hecho y se hacen aún á la administración de cloroformo en el parto natural, mas como quiera que la mayor parte de éstas tienen su orígen en la confusión que se hace entre la anestesia completa quirúrgica y la semi–anestesia ó anestesia obstétrica, me parece oportuno comenzar por hablar de la diferencia que existe entre una y otra.

El prototipo de todas anestesia provocada por el éter ó el cloroformo ha sido siempre, y es aún la anestesia empleada en cirujía. En este caso, el hombre de arte tiene por objeto al administrar el cloroformo, el asegurar á sus enfermos la desaparición del dolor, y á él mismo la ejecución de las maniobras operatorias proyectadas, en la mayor calma posible y con toda comodidad. Así, en todas las operaciones, desde la más corta hasta la más larga, los cirujanos han procurado siempre á sus enfermos durante un tiempo muy variable, la anestesia más completa, es decir, no solamente la abolición de todos los modos de sensibilidad, y de todos los grados de la conciencia, pero aun la inmovilidad la más absoluta, la cual comprende, como se sabe, además de la parálisis de los movimientos voluntarios, la extinción de los movimientos reflejos cuya ausencia no es incompatible con el sostén de la vida. En otros términos, para los operadores, el movimiento del corazón y el acto respiratorio, son los únicos estados funcionales cuya inte-

gridad absolutamente necesaria á la existencia, pone un límite á las anestesias quirúrgicas.

Estas condiciones á saber, la abolición de todos los modos de la sensibilidad, la pérdida del conocimiento y la inmovilidad absoluta, han parecido tan necesarios á la práctica de la cirujía, que Sedlillot, Mauricio Perrin y otros cirujanos, las ponen desde hace tiempo como los desiderata absolutamente indispensables para obtener la anestesia verdadera, profunda, la anestesia quirúrgica, en una palabra, y las aconsejan con exclusión de cualquiera otra condición de grado inferior ó imperfecto.

Y sin embargo, es en este punto delicado y capital de la anestesia que se coloca la cuestión de vida ó de muerte científicamente probada por Longet y Felourens y tan sabiamente opuesta por ellos á las temeridades quirúrgicas. Así no es de extrañar que se hayan encontrado por otra parte, observadores y cirujanos que, habiendo notado en el curso de este grado profundo de anestesia en el hombre ciertas inversiones en el órden de los fenómenos anestésicos, y en particular ciertas disociaciones de los fénomenos de la sensibilidad, hayan pensado que la progresión anestésica, tan bien estudiada en los animales, podría bien no ser del todo la reproducción fiel de lo que pasa en el hombre. Estos cirujanos han sido de opinión que no podía ser suficiente para servir de guía casi matemática en la táctica de la anestesia humana, en donde por lo ménos el individuo puede dar una cierta cuenta de sus impresiones subjetivas, tan variadas, sometidas á toda especie de alternativas y que escapaban necesariamente á aquellos que no hacían sino anestesias experimentales acompañadas de vivisecciones. Se debía esperar también el que estos mismos cirujanos llegarían á preguntarse, si ciertos períodos preliminares de esta anestesia, incompleta é irregular, no bastarían para responder á los desiderata de ciertas intervenciones quirúrgicas cuya breve duración suponía la menor importancia. Para hacer presentir desde luego lo que estas consideraciones pueden tener de interés para la anestesia obstétrica, vemos en la obra

misma de Simpson, orígen de la práctica de la eterización instituida por él desde los primeros días para los partos, qué reservas ha debido hacer á la naturaleza misma de las cosas al querer aplicar á los partos naturales la anestesia propiamente dicha, es decir, verdadera, profunda, completa y continua, tal, en fin, como acaba de aplicarla él mismo á la práctica quirúrgica, después bien pronto á la obstetricia operatoria.

El eminente partero de Edimburgo no ha probablemente formulado con claridad en alguna parte de su obra la distinción, á nuestro punto de vista capital en obstetricia, entre la *sensibilidad al dolor*, destinada á ser minorada, *y la sensibilidad á la presión* ó *la compresión;* á la *presión interior* que es bueno respetar, como siendo el manantial de la acción refleja que produce el esfuerzo.

El hecho es, que Simpson reconocía implícitamente, á no dudar, la cuasi-independencia, ó por lo menos la no-contemporaneidad absoluta en el funcionamiento de estas dos formas de la sensibilidad sometida á la anestesia. ¿Esta certeza de la permanencia de la sensibilidad á la *presión interior*, con extinción del dolor propiamente dicho, no resulta evidentemente de una de las notas que formula sobre los primeros fenómenos que observaba durante la cloroformización obstétrica cuando dice: "Las contracciones auxiliares reflejas de los músculos abdominales, etc., han parecido haber sido más fácilmente provocadas con ayuda de irritaciones artificiales, y de una presión ejercida en la vajina, etc., cuando la mujer estaba en estado de anestesia?"

Por otra parte, es precisamente sobre esta distinción entre las manifestaciones de estos dos modos fundamentales de la sensibilidad, sobre todo cuando esta última se ha disociado, como parece poder serlo, para la anestesia clorofórmica que parece basarse, según nos parece, toda la teoría de esta anestesia que basta de ordinario para las indicaciones obstétricas las más sencillas.

La práctica, tomando base sobre los mismos datos, consistirá en saber eliminar, disminuyéndolo, aun suprimiéndolo, *el*

elemento dolor que se encuentra el primero desprendido del hacesillo de las impresiones sensitivas, y á la presión y la práctica debe llegar á ello, respetando lo más posible, si no enteramente *el elemento contracción* ó *presión interior* que en el orden de procedencia fisiológica como según su rango de importancia práctica parece sobrevivir á la eliminación del *elemento dolor*, como para presidir á la producción del esfuerzo, este motor esencial de todo parto.

A medida que avancemos en el análisis de los hechos de los cuales hemos sido testigos y de todo lo que hemos leido sobre la anestesia general, así como sobre las exigencias prácticas particulares á los cirujanos y á los parteros que la emplean, tal nos ha parecido deber ser y tal es, en el estado presente de nuestros conocimientos, si no la última palabra, al menos la expresión actual de esta cuestión tan interesante para los parteros, deseosos de hacer participar á sus parturientas del beneficio de una anestesia momentánea, contenida para ellos en límites poco más ó menos ciertos.

La anestesia obstétrica, vista bajo este punto de vista filosófico, puede ser verdaderamente considerada como una *semi-anestesia*, en el sentido que no se dirige esencialmente más que á una de las dos formas fundamentales de la sensibilidad, *el dolor*. Que la cuestión haya quedado mucho tiempo oscura aun para aquellos que han visto pasar bajo sus ojos centenares de casos de anestesia obstétrica á todos grados; que esta cuestión haya sido oscurecida, como de partido tomado, por los que no han querido considerar como digna del nombre de anestesia más que la que comprende la abolición de todas las formas de la sensibilidad, con extinción paralela ó consecutiva, pero, en todos los casos, total, de las formas voluntarias ó inconscientes de la motilidad, es con seguridad una triste laguna y un no menos triste error, como sucede muy á menudo en la marcha de los conocimientos humanos. Pero dirigiendo una mirada retrospectiva sobre los hechos observados por otros y por sí mismo en una época en que no se pensaba todavía en hacer ciertas distinciones prácticas; estos hechos con

la luz nacida de la combinación de estudios fisiológicos y obstétricos, es bien permitido de volver á tomar de nuevo la impresión primitiva y de sacar de allí desde luego las consecuencias que acarreaba en gérmen.

La parte penosa de este objeto de investigación consiste, en quitar del camino los obstáculos con que se le obstruye. Estos obstáculos nos estorbarían poco, y esperaríamos voluntariamente, para responder á las objeciones presentadas, á que llegase un día en que nuestra respuesta encontrase auditores menos prevenidos.

Así creemos bien preferible apoyar nuestra nueva de manera de ver la anestesia obstétrica sobre lo que los observadores de estos últimos treinta años han descrito, más bien que sobre nuestras pocas observaciones personales. Estas, por otra parte, no han casi tenido otro mérito, que el confirmar por nuevos ejemplares los hechos ya señalados, excepto, sin embargo, lo que hemos dicho sobre *los efectos del esfuerzo obstétrico.*

Vista la cuestión bajo este punto de vista, no es ya cuestión ni de forma ni de términos, es una cuestión de hechos de anestesia obtenidos en el curso del parto.

Así pues, por las razones precedentemente enunciadas, no nos disgusta el designar aún el método por la palabra *semi-anestesia*, adoptada como lo hemos dicho, más bien por nuestros adversarios que por nosotros mismos. Más tarde deberá nacer tal vez de la consideración de los hechos, una designación especial, la de *analgesia obstétrica.*

La anestesia obtétrica debe tener por objeto extinguir *el dolor*, respetando la contracción. Es evidente que para indicar que no se va en anestesia obstétrica, tan lejos como en cirujía, se podía decir que se contenta uno con atacar, para atenuarla ó abolirla, *la sensibilidad al dolor*, dejando más allá, y tocando lo menos posible esta *sensibilidad refleja visual* que se encuentra en el límite de la vida orgánica y de la vida de relación. Este contacto interior—que persiste y que parece, en su manifestación más oscura, retardar un poco sobre el sentido del *tacto exterior* ó *tocar*, el cual deriva más directamente de la sen-

sibilidad general,—permite afirmar que se hace una anestesia incompleta desde el momento en que no ataca ni la mencionada presión interior primero, ni á *fortiori*, la abolición completa de ninguna forma de la motilidad voluntaria, refleja ú automática. No considerando más que esta sensibilidad al dolor *solamente*, podría uno preguntarse si, no buscando más que la extinción de este primer modo de la insensibilidad, no se obtenía desde luego y gradualmente, grados de insensibilidad al dolor. Porque es necesario no olvidarlo, en la práctica era más bien á una modificación de este primer modo de la sensibilidad que nosotros debíamos atenernos, que á la alteración del segundo modo, el de la *sensibilidad al contacto ó la presión*, cuya conservación no podríamos repetirlo mucho, parece á los parteros, por razones bien conocidas de ellos, deber imponerse, puesto que viene á ser enteramente indispensable en un parto natural.

Pero entonces podrán objetar los fisiologistas, ¿qué sucede, durante la anestesia con esta segunda forma de la sensibilidad, el contacto ó la *presión interior*, y cómo la proteje uno de la invasión de una anestesia progresiva? A esto el partero no tiene más que responder: que se aplica por medio de pequeñas dosis del agente anestético, de manera de no pasar de un cierto grado de analgesia. Será ayudado, primero, por el antagonismo excitante del eretismo general creado por el trabajo mismo, y en seguida, por la influencia sin cesar desanestesiante del *esfuerzo obstétrico*. La observación prueba que desde el momento en que por una táctica conveniente de las inhalaciones, se habrá llegado á disminuir gradualmente la cantidad de dolor que durante el parto es especialmente inherente á esta forma de la sensibilidad llamada *contacto interior* ó *presión*, no quedará mas que la sensación de una presión pura y simple, sensación de la cual la mujer puede aún, cuando su inteligencia queda todavía clara, tener muy á menudo una percepción *consciente*, pero no *dolorosa*. Será esta *presión* consciente ó inconsciente, y de la cual se habrá (si puedo permitirme este término de química) *precipitado*, por medio de la anestesia,

todo el *elemento dolor* que presidirá al desarrollo del *esfuerzo*, el cual, voluntario ó involuntario, uterino ó costo-abdominal y diafragmático,—no teniendo más que uno solo de estos orígenes ó presentándolos todos al estado de combinación sinérgica,—viene á ser la condición esencial de todo parto normal. Es á este punto de vista, que la sensibilidad á la presión, una vez que el dolor propio es eliminado, debe ser, en lo que es posible, reservado al abrigo de toda anestesia progresiva; es al sostén, cuidadosamente hecho por nosotros, de esta influencia á la vez efectiva y protectora del esfuerzo, que por un círculo feliz, el esfuerzo mismo viene á contribuir, segmentando periódicamente los excesos de anestesia que podrían estorbar su juego. Se concibe desde luego todo el interés que hay en no sobrepasar, en un parto simple, una anestesia que se limita á atenuar ó aun abolir el *elemento dolor* solamente, y también todos los inconvenientes, por no decir más, que para el mismo parto natural pueden resultar de una anestesia *llena y entera*, la cual, atacando *todas las formas de la sensibilidad y de la motilidad aún inconsciente*, viene á traer el desorden, el desarreglo entre todas las potencias expulsivas.

En cuanto al límite por establecer en el curso de la anestesia, entre las dos formas fundamentales de la sensibilidad,—límite que hemos procurado obtener en un gran número de hechos observados,—es precisamente en vista de caracterizar este hecho capital de un punto de detenimiento necesario que se ha adoptado como muy práctico y muy fácil de comprender esta expresión de *semi-anestesia*. Esta expresión que encontramos como ya presentada é inscrita además en la historia científica del eterismo, por Blandin, Bouisson y Loborie, podría significar dos cosas al parecer diferentes, bien que en el fondo idéndicas, y esto á causa de lo vago mismo de la expresión y de un cierto modo de equívoco que no se ha dejado de reprocharle, pero del cual un día se hará justicia.

La palabra *semi-anestesia*, en efecto, podía querer designar,

ó bien una anestesia de la primera mitad de las dos formas fundamentales de la sensibilidad (despreciando por un momento la sensibilidad á la temperatura), á saber, *la sensibilidad al dolor*, sensibilidad que se encuentra, como se sabe, la primera en el camino de la invasión anestésica; ó bien,—suponiendo que puede existir un momento que precede á la disociación de los dos principales elementos de la sensibilidad, disociación generalmente admitida hoy, y que se encuentra desde la aplicación de la anestesia,—esta palabra podría significar la anestesia de una mitad solamente del hacecillo entero de todas las formas de la sensibilidad reunidas y *presumidas no disociadas.*

Además, sería necesario, para admitir esta última hipótesis, suponer gratuitamente (lo que nosotros sabemos que no existe) que el hacecillo de las sensibilidades no se encontrase disociado en las primeras inhalaciones clorofórmicas. Pero hace mucho tiempo Bonisson ha señalado la existencia de estos fenómenos de disociación durante el eterismo, y más recientemente Guibert y Budin y, sobre todo, Campbell, en sus interesantes investigaciones, ha magistralmente afirmado estas particularidades durante la anestesia clorofórmica, sea simple, sea combinada con el morfinismo.

Oigamos por un momento al célebre é ilustre partero:

"Yo había primero procurado probar por medio de un esquema geométrico, que destruir sucesivamente cada una de las dos mitades del hacecillo de las sensibilidades, venía á ser en suma destruir sucesivamente dos mitades de dolor, dos mitades de tacto, etc., y equivalía en definitiva, á la eliminación completa y necesaria de *todo el dolor*, en seguida de *todo contacto*, etc., los cuales, por el mismo hecho, vienen á ser disociados.

Yo he encontrado una demostración bien más sencilla en el esquema que me ha trazado aquí mi excelente y sabio amigo el Dr. Onimus y que está así compuesto."

Aquí inserta el esquema, haciendo una larga explicación de él, y en seguida continúa:

"Cuando después de haber modificado á su manera y también según las susceptibilidades individuales la inteligencia, que invade primero, la influencia anestésica se encuentra en presencia del hacecillo sensitivo complexo: ¿qué va á pasar en este punto?

"Se producirá allí una *disociación* de los elementos de la sensibilidad.

"Es un fenómeno capital y constante, pero que será más ó menos notado por el anestesista, según el objeto que desea obtener: cirujano, si se refiere á la anestesia que comprende ademas de la eliminación de todas las sensibilidades, la abolición de los movimientos voluntarios é inconscientes; partero, si desea sencillamente la atenuación la extinción de aquél de los modos de sensibilidad que le importa más eliminar en el curso de una función dolorosa como el parto, á saber, el elemento del dolor.

"En los dos casos, el fenómeno del cual nosotros queremos hablar, á saber, la *disociación de la sensibilidad*, no dejará de tener lugar, pero percibido y apreciado de una manera diferente, según la indicación que se quiera obtener ó á la cual se juzgue oportuno detenerse."

Esto quiere decir que sea la sola voluntad del anestesista, que producirá este aislamiento, esta extracción, de un solo elemento de la combinación de las sensibilidades? Lógicamente, el operador y el partero saben lo que quieren obtener, y cooperarán sin duda cada uno á su modo, sea por medio de las dosis llenas y continuas de la cirugía, sea por medio de las dosis pequeñas é interrumpidas de la obstetricia, por una táctica particular á cada uno, comprendiendo este hecho, que en obstetricia, los efectos anestésicos parecen singularmente modificados,—y modificados independientemente siempre de la voluntad del partero,—por un agente especial y muy activo del parto: *el esfuerzo*. Pero además, existe aún, fuera de la voluntad del cirujano y del partero anestesista, un hecho que los guía; un hecho que existe por la naturaleza misma de la *anestesia clorofórmica* por lo menos: es, lo repetimos, la *disociación*

más ó menos rápidamente obtenida de dos, al menos, de los elementos fundamentales de la sensibilidad: el *dolor* y el *contacto* interior, como hemos visto que lo ha demostrado práctica y gráficamente el eminente partero Campbell.

Los cirujanos que, en el curso de su anestesia rápida y profunda, llegan de un golpe al objeto, el cual una vez alcanzado les permite ejecutar toda su operación exacta y precisada de antemano, han mostrado bien, si se quiere, este hecho como un incidente, pero muy rara vez algunos de entre ellos (Plarget, Hervez, Blandin), han consentido en detenerse ahí para ejecutar algunas operaciones de importancia secundaria.

La mayoría de los operadores desdeñan este punto de detenimiento como siendo un cloroformismo de grado inferior, incompleto, insuficiente, no satisfactorio, y aun peligroso (Perrin y otros). Así lo pasan para llegar rectos á su objeto final y completo, como un rápido tren pasa una estación intermedia.

El partero, por el contrario, busca una estación secundaria en donde detenerse. Independientemente de su voluntad que lo induce, se encuentra invitado á ello por la naturaleza misma del cloroformismo interrumpido que, desde el momento que no avanza, ni queda definitivo y estasionario, pero presenta constantemente aumento y desperdicio de efectos. Ademas, creemos que está un poco obligado, por el carácter particular de esta función rítmica señalada por una serie de congestiones y descongestiones, alternando entre los centros nerviosos y el músculo uterino.

Hé aquí justamente cómo es que el término *semi–anestesia* ha designado exactamente esta detención á medio camino de la anestesia á gran velocidad.

Pero antes de seguir adelante, quiero insistir, demostrándolo, sobre este punto muy difícil de la apreciación real de lo que ha sido eliminado y de lo que queda de dolor en un trabajo en el período que precede á la analgesia.

A quién le tocará en efecto, poder establecer, con alguna exactitud, la medida de esta insensibilidad? ¿Es á la parturien-

ta, con una inteligencia ya más ó menos desordenada, pero que percibe puede ser aún mejor que no razona?

¿Es la parturienta en vía de presentar, desde las primeras inhalaciones del cloroformo, todas estas extravágancias intelectuales, todas estas perversiones conceptivas que son el propio de los menores grados de la anestesia, qué será capaz de dar esta medida con una precisión cualquiera? Por otra parte, ¿es el médico que será juez, él que no puede ser guiado más que por la expresión hablada ó gritada, pero á menudo engañadora, del dolor percibido por la mujer? En estas condiciones, que están en vía de llegar á ser *la analgesia* completa, pero que no han tenido todavía éxito en constituirla, hay una gran dificultad de análises exacta y de descripción completa. Para mí, acepto del todo el testimonio de la parturienta, testimonio que yo trato de confrontar por la observación de la marcha del trabajo y de los fenómenos de *sensibilidad periférica*; yo entiendo por esta última expresión no sólamente las sensaciones especiales encargadas á la superficie cutánea, pero también las que están en las cercanías del útero considerado como órgano central del parto. Estas últimas sensaciones pueden ser consideradas como dependencias anatomo–fisiológicas ó puramente metastáticas del sitio exclusivo de los verdaderos dolores, (el útero), como acciones reflejas ó simpáticas hacia los órganos sensitivos más ó menos lejanos, (plexus ováricus, lombares, celiacos, etc.); irradiaciones hacia los miembros inferiores, etc. Me han parecido desaparecer desde luego para dejar entre el *aligeramiento general é inicial* (que es el propio de las primeras inhalaciones del cloroformo), y *la analgesia* que es el objeto buscado en nuestra anestesia, un período de trasmisión que era necesario caracterizar. Las aserciones de la parturienta sufriendo la contraprueba de las observaciones del partero, que pueden ser confirmadas ó negadas por la actitud física y moral de la mujer en trabajo, no se reducen á menudo más que á ésto: que ella *sufre menos*. Deseando hacer notar que la anestesia había ya obtenido esta disminución del dolor, y que podremos designar con el nombre de *analgesia incompleta*,

porque es un estado real al cual muchas veces la paciente y el partero se ven obligados por una circunstancia cualquiera, á conformarse.

Nosotros debíamos cuidadosamente anotar, de paso, esta *analgesia incompleta*, que tiene también un valor relativo, puesto que constituye muchas veces todo lo que podemos, por una ú otra razón, procurar á la mujer en trabajo, bien que no perdiésemos de vista, que es á una verdadera *analgesia* que deben dirigirse y tender todos nuestros cuidados. Obtenida ésta, el contacto interior ó presión que es su vecino, quedará lo que debe ser, aislado como contacto, es decir, indolente íntegro y aún no atacado. Y es en realidad lo que pasa, porque sabemos que el contacto, desprendido y privado de todo dolor, puede llegar á ser al estado de *presión*, extremadamente enérgico y ser desde luego muy fácilmente soportado. Muchas veces esta *presión interior*, llegada á ser *indolente*, lejos de ser temerosa, será aun deseada por todo individuo cuando constituyendo en él *la gana de pujar*, vendrá á solicitar esfuerzos efectivos para toda evacuación, cualquiera que sea: evacuación alvina, emisión de orina y de gases excrementiciales, todo como para la expulsión del producto de concepción.

Tal es la verdadera medida fisiológica de nuestra anestesia de partero; y es como siendo la expresión verdadera de ella, que se ha debido considerar la palabra *semi–anestesia*. Que en la práctica no obtengamos siempre ésto tan claramente como lo haría presumir la fórmula teórica ó la palabra, esto es posible y es verdad; sin embargo, este hecho mismo, y ya lo hemos demostrado, no deja de tener preciosas ventajas bajo el nombre de *analgesia incompleta*.

Pero debemos afirmar aquí que el ideal por alcanzar se obtiene en algunas pacientes, con una facilidad que no deja de tener cierta relación con la consideración de las razas, nacionalidades, costumbres sociales é idiosincrásias físicas y morales. Esta facilidad, debemos decirlo, dependerá también de una cierta educación, de parte del partero, por lo que mira á la táctica del método y el objeto que se quiera obtener, que es

no solamente *la atenuación*, pero *la abolición* del *único elemento:* dolor. Ese es el verdadero *desideratum* de la semi–anestesia ó de lo que se puede, de lo que se debe llamar *la anestesia obstétrica.*

Como el presente trabajo tiene por objeto no sólo de refutar las críticas más importantes hechas á nuestro método, pero también fijar, explicándolas, las principales condiciones que deben servir de bases actuales á la *anestesia obstétrica*, al menos,—la que se hace por el método de las inhalaciones cloro-fórmicas, creo importante, al punto de vista en que nos hemos colocado de este interesante trabajo, el reasumir en algunas líneas los diversos grados de anestesia que me han parecido, —según mis investigaciones y de otros, deben ser comprendidos bajo la denominación de *semi–anestesia* y de hacerles seguir de un conjunto de consideraciones, que espero que acabarán de demostrar las legítimas particularidades del método que elogiamos y recomendamos.

Así pues la semi–anestesia comprende:

1º Un *período inicial*, estado de *simple aligeramiento general.*

2º Un *período de analgesia incompleta.*

3º Un *período ó estado de analgesia completa.*

El *período inicial* estado de *simple aligeramiento general*, está caracterizado desde luego por una vaguedad intelectual que procura un ligero trastorno del *mi* y por la producción, en casi todas las parturientas al llegar al paso del primero al segundo período del trabajo, de una tranquilidad física y moral en donde falta por consiguiente, y esto casi siempre, esta *excitación cerebral* particular al principio de toda anestesia experimental ú operatoria y que todos conocemos perfectamente, y cuya duración depende de las idiosincracias particulares de cada individuo.

Otro efecto de este primer período de la anestesia obstétrica y que no tarda en hacerse notar, es que la influencia anestésica parece atacar, desde luego y de preferencia, las irradiaciones dolorosas de que se quejan tan á menudo las parturientas

y de las cuales refieren el trayecto ó el sitio hacia órganos situados fuera de la región uterina propiamente dicha, la cual, quedando como el foco central de las contracciones dolorosas, parece reobrar sobre regiones más ó menos lejanas y que se podrían llamar circum-uterinas ó para-pelvianas. Estas irradiaciones dolorosas se explican puede ser por efectos simpáticos de vecindad, por una propagación de lugar en lugar; pero se da uno cuenta de ellas suficientemente, según me parece, por sólo la consideración de las conexiones nerviosas que extienden su tejido entre el órgano punto de partida del dolor central y los que se encuentran á distancia, pero que tienen como él el mismo modo de inervación. Esta inervación, se sabe, es en su mayor parte ganglionar para el cuerpo uterino y una porción del cuello es muy parcialmente de origen cerebro-espinal para esta region del cuello que está en relación con el canal útero-vulvar y para el canal mismo.

Yo no trataré, por el momento, si no será por una vía aún no señalada, yo creo, á la atención de los terapeutistas del dolor, que llega á producirse este aligeramiento casi inmediato de los dolores circunvecinos del útero. Además de que este nuevo *modus agendi* que yo desearía señalar para el cloroformo, nos parece deber ser menos aplicable al dolor uterino, que no podría serlo desde luego al *músculo* uterino mismo, yo creo que es más seguro hasta hoy, el no atribuir este aligeramiento extra-uterino, adquirido desde el principio de nuestra anestesia, sino á un simple efecto de la ley puesta por C. Bernard, en fisiología anestésica, á saber que: "bien que el eterismo tenga una acción por decirlo así general y simultánea, sus efectos no se hacen sentir, como se podria creer, en el origen mismo de los nervios que emanan de los centros nerviosos, pero bien en la extremidad periférica de estos mismos nervios."

Este primer período de la anestesia obstétrica puede pues ser considerado definitivamente como un estado general de la anestesia clorofórmica. La inteligencia es apenas herida, la excitación, como hemos dicho falta siempre. En la gran mayoría de los casos, son los dolores circum-uterinos erráticos que se

minoran desde luego, si es que no son muy fuertemente marcados para dejarse apagar á las primeras inhalaciones clorofórmicas. Acaban además por ceder invariablemente un poco más tarde á la influencia anestésica acumulada que no pueden dejar de sufrir. El *dolor*, el verdadero dolor, tan bién conocido por las parturientas, parece, á medida que este primer período se confirma, retirarse ó localizarse, concentrarse en el órgano uterino mismo. Y es el que, desde luego también, va á ser, como de lugar en lugar, atacado por el cloroformismo, pero llevado á un grado superior en dosis y en duración.

Antes de terminar el análisis de este primer período de nuestra anestesia, yo me he preguntado si la ausencia casi constante de un período de excitación que señalan tan frecuentemente los experimentadores y los cirujanos, no proviene de que la anestesia empleada por nosotros, al fin del primero y principio del segundo periodo del trabajo, interviene precisamente en un momento en que el dolor que tiene su sitio en el útero y las partes cercanas, se encuentra tan fuerte que ha llegado á un máximum casi insoportable y da lugar, él mismo, á una grande excitación por parte de la parturienta. Además si se ha anestesiado en medio de este eretismo nervioso y sanguíneo preexistente, ¿quién podría reconocer en este conflicto un hecho de excitación que se pudiese designar como propio á la anestesia? Yo no creo que haya lugar en semejantes condiciones de señalar excitación clorofórmica alguna.

Por el contrario, lo que he observado es, que desde las primeras inhalaciones clorofórmicas no se ve casi lo que pasa con las excitaciones realmente debidas al trabajo, y esta excitación que se llama inherente á las primeras aproximaciones del agente anestésico. Lo que yo he casi constantemente demostrado, es que se produce una calma, por decirlo así, inmediata y un gran silencio durante el *intervalo* de las contracciones, bien que éstas, cuando vuelven, sean no obstante aún poco dolorosamente percibidas.

El pulso que se agita muchas veces, pero no siempre, durante el eretismo debido al trabajo, llega á calmarse, si no es

en los casos raros en que la emoción debida á un cierto temor del cloroformo, me ha parecido ó mantenerlo fuerte ó aun acelerarlo durante un corto tiempo. La respiración acelerada por los excesos de un trabajo que la aumenta entra en el órden. Las inhalaciones clorofórmicas (si no hay aprensión en la parturienta) se hacen más regulares. La mujer, la más temerosa, la más novicia en esta práctica, llega á ser valerosa y confiada, comprende también y obedece á nuestra voz; nos da desde este simple preludio de indolencia, señales muy claras y muy inteligentemente marcadas de un bienestar que la consuela de todo lo que ha sufrido antes de la anestesia y el valor para lo que queda por cumplir. Son todas estas condiciones que acabamos de examinar, que constituyen el *aligeramiento inicial* y que, el tiempo y las dosis ayudando, llegará á ser primero una *analgesia incompleta*, la cual no tardará en convertirse en una *analgesia completa* que es nuestro objeto en obstetricia natural ó simple.

El *período de analgesia incompleta* ó *semi–insensibilidad*, está caracterizado por una atenuación del *dolor* pero del *dolor uterino* propiamente dicho esta vez, aquel que como de un sitio central, parece á cada contracción, partir del fondo del órgano gestador, para pasar por el orificio uterino, y extenderse hasta la región perineo–vulvar. Es decir, que si el primer período ha sido como lo hemos visto casi siempre, los dolores lombares, intercostales, pelvianos y crurales han desaparecido ya poco más ó menos en totalidad, y que esta segunda faz de la anestesia obstétrica se dirige particularmente á una disminución del dolor situado, si puedo expresarme así, sobre toda la línea central del dolor del parto.

La parturienta siente menos; lo dice, y en términos tan á menudo los mismos, y que ninguno le ha enseñado; términos figurados que parecen de tal manera nacidos de la sensación experimentada por la mayor parte, que yo los refiero aquí: "Yo sufro menos, dice la mujer, es como si se hubiese colocado *un velo sobre mis dolores.*" ¿No es este el *dolor velo obductus* de los antiguos?

Este segundo período de la anestesia obstétrica puede pues recibir el nombre de *analgesia incompleta.*

El *tercer período* es el *estado de analgesia completa*, que corresponde á la división designada por las palabras *insensibilidad completa* (al dolor se entiende).

De cualquiera manera que se produzca la anestesia obstétrica, de cualquiera manera que uno piense para darse cuenta de la desaparición del dolor, este estado existe; se encuentra caracterizado,—aunque no siempre, según sean las personas,—por una entera ausencia del *dolor solamente.* Este queda así disociado de la *presión* interior dejándose abolir antes de él, y esta última se encuentra así preservada para llegar á ser, á nuestro punto de vista, el *contacto interior* ó la *presión* obstétrica, punto de partida de las contracciones uterinas y de consiguiente la causa eficiente del parto.

En este período pasan una serie de fenómenos complexos en que la idiosincrasia intelectual de cada parturienta parece jugar un papel importante y esencialmenta variable, según que la mujer anestesiada hasta este límite conserva ó no la conciencia de sí misma. En efecto, en algunas de ellas, la impresionabilidad particular puede haber sido herida muy pronto y casi de un golpe; en ésta el eretismo preexistiendo á la anestesia puede haberle impartido, en el curso de esta última, una más larga resistencia á la anestesia; en aquella, una cierta táctica de las inhalaciones y la duración de la anestesia pueden haber creado—es lo que pasa más á menudo—una tolerancia notable probada por la persistencia de la inteligencia en ausencia de todo dolor; en otras, en fin, una excitación cerebral, muy rara además, puede predominar este período de analgesia por lo menos aparente y hacer gritar á estas mujeres, más fuerte por lo que les falta de dolor realmente percibido, puede ser, que si hubiesen sido dejadas en plena conciencia de sí mismas. Se puede reasumir todas estas variedades, todos estos matices, infinitos como las mismas idiosincrasias, en la parturienta analgesiada, diciendo que sufre, en este grado de anestesia, un desorden intelectual más ó menos grande que se tra-

ducirá, según los casos, sea por la persistencia muy frecuente y casi completa de la conciencia del *mí*, sea por la disminución llevada rara vez hasta la abolición entera, sea aún, al contrario, por la exageración de esta misma conciencia.

Es á este grado, una vez logrado, que debe limitarse la anestesia obstétrica llamada la *semi-anestesia*. Veremos muy pronto, cuando tratemos de la inocuidad, de la inmunidad de la anestesia obstétrica, en qué combinacion de influencias opuestas la anestesia destinada á los partos naturales debe poder mantenerse lo más cerca posible de este punto ideal de nuestras miras, de este punto que, fluctuante y móvil, constituye, permitiéndonos de dar la indolencia á nuestras pacientes, la mejor garantía para ellas y para nosotros, de toda la seguridad deseable.

Ir más allá de este punto ó en otros términos, sobrepasar la *analgesia* una vez obtenida, es exponerse á ver apagarse la sensibilidad al *contacto* ó á la *presión*, la conciencia completa, toda la motilidad sea voluntaria, sea refleja. Es querer, en una palabra, abordar las condiciones de una *anestesia quirúrgica* verdadera, profunda y entera, que ha llegado á ser el tipo de toda anestesia provocada; no lo ignoramos, pero que sobrepasa, según nosotros, estorbándolas más ó menos, las condiciones requeridas para un parto normal.

II

INMUNIDDAD É INOCUIDAD DE LA ANESTESIA OBSTÉTRICA.

La idea de la inmunidad de las parturientas para el cloroformo, está fundada en varias consideraciones que son por orden de importancia relativa: el papel del esfuerzo, que es moderador de los efectos anestésicos en el parto natural y aún durante la intervención operatoria obstétrica. La observación de los efectos producidos por la *inversión total* de un individuo cloroformado; el hecho de la *anemia relativa* del cerebro durante la anestesia clorofórmica, y en fin, el hecho de la congestión cerebral momentáneamente producida por el esfuerzo obstétrico. Vamos á tratar de cada uno de estos hechos en particular.

Hasta en estos últimos años solamente se ha comprendido bien la influencia desanestesiante que el *esfuerzo obstétrico* podía tener y tiene, en el mismo sentido que la pequeñez y sobretodo la intermitencia de las dosis anestesiantes. No queremos decir, sin embargo, que no puede nunca suceder y que no suceda algunas veces que la anestesia, á pesar nuestro, sobrepase la línea ficticia que acabamos de indicar, pero esto me ha parecido siempre explicable, sea por parte de la mujer, por una impresionabilidad particular al cloroformo, sea por parte del partero por dosis inmoderadas ó inconsideradamente administradas, ó en fin, por la ausencia relativa de un esfuerzo infinitamente intenso y repetido.

Lejos de mí está la idea de sostener que no se haya podido á menudo y rápidamente sobrepasar las líneas de la insensibilidad al dolor y al tacto, las de la abolición de la motilidad voluntaria ó refleja para encontrarse en plena anestesia quirúr-

gica; pero lo que me parece incontestable, es que el partero es advertido de ello ántes del cirujano, no solamente por la disminución de la frecuencia y la intensidad de los dolores uterinos, pero por el debilitamiento del esfuerzo y la inercia absoluta de la parturienta, y en consecuencia por una lentitud real del trabajo y también muchas veces, en los casos extremos, por el estado del pulso y de la respiración que son el preludio de la invasión de una anestesia orgánica.

Para nosotros, esta última faz no podrá ser evitada, en estos casos, que costean el peligro tan cerca (tanto en cirujía como en obstetricia), sino por la supresión inmediata de toda anestesia, y especialmente para los casos de parto, despertando los esfuerzos,—que se pueden solicitar, en plena anestesia, por medio de presiones artificiales practicadas en la vagina,—ó en fin, si esto fuese absolutamente necesario por la maniobra accesible á todos y bastante prontamente efectuada, de la *inversión total del individuo*, inversión durante la cual se puede tener recurso simultáneamente á la respiración artificial por la presión intermitente del tórax y á la electricidad.

Es para evitar á la parturienta y al partero semejantes peligros y sorpresas que querríamos que os persuadieseis bien de que no se trata de ver en la anestesia obstétrica más que una forma de la anestesia destinada á extinguir, ante todo, uno de los modos de la sensibilidad, el que percibe el dolor, con exclusión de los otros modos de sensibilidad y de la motilidad que nosotros no pretendemos extinguir, aunque estos últimos puedan ser, á la vez, un poco alterados ú obscurecidos. ¿No tenemos en efecto tanto interés en respetar la sensibilidad á la presión interior, una vez que es hecha indolente desde el momento en que sabemos que es en ella en donde reside el poder excitador de la motilidad voluntaria ú automática, la cual preside á este esfuerzo tan esencial al cumplimiento regular del acto del parto?

Se comprenderá, en fin, según lo que acabamos de decir, que el estado de equilibrio inestable que se trata de imponer á la anestesia obstétrica, en la cercanía de la línea de la analge-

sia completa, debe ser mantenida así por una especie de ponderación entre las dosis anestesiantes y la influencia desanestesiante del mismo trabajo.

Este hecho explica, por una parte, las dificultades que pueden ser inherentes á esta táctica especial de las inhalaciones —que es necesario haber aprendido en obstetricia para poder servirse de ellas oportunamente—y por otra parte, la posibilidad de hechos que se encuentran diariamente en la práctica, en los que la mujer, por ejemplo, en el curso del segundo período de su trabajo, puede encontrarse diez veces *insensibilizada completamente* (analgesia) y diez veces solamente *semi–insensibilizada* (analgesia incompleta) y aun diez veces simplemente *aligerada.* Este hecho, digámoslo de paso, serviría casi por sí solo para distinguir las dos anestesias, puesto que se exige para la anestesia quirúrgica una *insensibilidad completa y al abrigo de toda oscilación de vuelta.*

Aquí no tiene otra significación que señalar al práctico la importancia que hay en establecer lo mejor posible el paralelismo requerido entre la analgesia de la cual dispone y los momentos más dolorosos del trabajo. Eso es de primera necesidad para la parturienta y no es sin interés para el partero.

Ha sucesido á menudo, en efecto, que para la mujer la impresión que conserva de su trabajo y de la eficacidad del aligeramiento que se ha querido ofrecerle, es la del fin del parto. Además, esto es muchas veces injusto para el método y para el médico. No depende siempre de este último, en efecto, que tal mujer que ha rehusado primero el cloroformo,-—durante los cuatro quintos del segundo período de su trabajo, por ejemplo,—puede tener el tiempo de ser entera y prudentemente insensibilizada para el momento de la expulsión; ni que tal mujer ya muy aligerada durante los dos primeros tercios de este segundo, consienta, para el fin, en ir más allá de esta *insensibilidad al dolor;* ni que tal otra, en fin, enteramente analgesiada primero, no venga á comprometer la regularidad de la anestesia, sea por movimientos á menudo semi–inconscientes, sea por un estado de agitación: Es en semejante caso que

es necesario, juzgando estos incidentes posibles, saber distinguir la parte del médico, de la paciente y del método.

Es así como se ve aparecer, en el curso de la anestesia aplicada al segundo período del trabajo, todas las variedades posibles causadas por la táctica más ó menos hábil de la administración de las dosis, por la susceptibilidad de las mujeres, por las dosis mismas, su fuerza y su modo de aplicación, y también, como ya lo hemos dicho, por la presencia del esfuerzo que lucha sin cesar contra los efectos anestésicos.

Una prueba de la realidad de esta última influencia me parece residir en este hecho práctico que, para las operaciones obstétricas, la anestesia comparada á aquella de la cual se usa en el parto expontáneo, parece singularmente fácil y cómodo, porque es llevada muy rápidamente de una manera continua y sin pausas, hasta el límite que conviene á las operaciones de la cirujía. Este hecho me parece poder ser explicado por esta consideración que en los casos obtétricos que son justificables de una intervención operatoria, el esfuerzo, la mayor parte del tiempo, á llegado ha ser muy débil, ineficaz ó nulo, sea por el agotamiento debido á la prolongación del trabajo, sea por el hecho de una presentación anormal que no permite á la parte fetal, que se encuentra en el orificio uterino, el despertar allí la acción refleja que produce el esfuerzo.

Otra prueba de esta influencia que le damos al esfuerzo, se encuentra también en este hecho: que no se ven las operaciones obstétricas, para las cuales se ha anestesiado quirúrgicamente, ser seguidas de determinaciones fatales, verdaderamente atribuibles al cloroformo, así como esto sucede á menudo en cirujía. Esta inmunidad, de la cual no quiero sin embargo exagerar la importancia, podría bien provenir de este hecho bien conocido: que en la mayor parte de las intervenciones manuales ó instrumentales, estas contracciones y estos esfuerzos cuya aparición, aunque estorbosa que es para el operador, viene á ser para nosotros aquí, como en el parto natural, una garantía muy de apreciarse contra los accidentes clorofórmicos,

Antes de que la observación no viniese á dar consistencia á la idea de que el esfuerzo podía jugar un cierto papel en la inocuidad generalmente reconocida de la anestesia obstétrica, nos podíamos explicar ya esta inmunidad, no en las mujeres *embarazadas*, sino en las mujeres *en trabajo*, por el cretismo circulatorio, respiratorio y nervioso, el cual podía sin duda, en el curso del trabajo mismo, crear una cierta resistencia á la intoxicación clorofórmica en provecho de un organismo de vitalidad momentáneamente exaltada. Hoy estamos en presencia, por una parte, de una *anemia relativa de los centros nerviosos*, afirmada por Claudio Bernard en una publicación no muy antigua, *Cl. Bernard. De los anestésicos y de la asfixia*, y por otra, en presencia de una *hipercrinia del cerebro durante el esfuerzo*, condición relativa, puede ser—según las investigaciones de Guyon,—en cuanto á la congestión *arterial* del cerebro, pero sin embargo muy real, eficaz y saludable en cuanto á la éxtasis *venenosa* que allí se produce. *F. Guyon. De la lentitud de la circulación carotídea durante el esfuerzo prolongado.*

Si, además, se consideran los hechos de desanestesia parcial durante otra clase de esfuerzo (el del vómito) observados por Coyne y Budin, en el curso de las anestesias quirúrgicas y que todos habreis observado también, parece que todos estos hechos no pueden sino ser favorables á esta teoría, la cual se afirmaría, en fin, por los efectos ya conocidos por todos de la *inversión total.* Estos resultados están aún confirmados por experiencias más recientes de Bergeron, hechas con la emetina y que han probado que los *vómitos* provocados en los perros cloroformados "determinaban bruscamente la vuelta de la sensibilidad."

Es pues, en presencia de los innumerables hechos felices de los cuales la anestesia obstétrica puede valerse en el mundo entero, es en ausencia de un solo caso de muerte que se puede legítimamente atribuir al empleo de la anestesia tal como ha sido adoptada en el parto fisiológico que fundamos sobre la existencia del *esfuerzo* como característico del parto, la idea de una cierta inmunidad contra los accidentes á los cuales

podrían estar expuestas las mujeres sometidas á la anestesia obstétrica. Para las parturientas nos parece probable que, haciendo á un lado la cuestión de sexo y las modificaciones debidas al embarazo, las condiciones de sobrexcitabilidad nerviosa y de eretismo vascular desarrollados por el trabajo, deben preservarlas, hasta un cierto punto, de los ataques tan rápidos y tan profundos de un agente tóxico, absorbido por vía de inhalación.

El hecho de una anemia relativa de los centros nerviosos durante la cloroformización—hecho demostrado ya por Claudio Bernard,—parece confirmar la idea de un antagonismo, que debe tener lugar y tiene entre este nuevo estado ya señalado y las condiciones de hiperemia periférica visible en todas las parturientas que han llegado al fin de su parto. De ahí á concebir en esta hiperemia generalizada una hiperemia local muy importante, la del *cerebro*, y á reconocer el *esfuerzo obstétrico* como la causa eficiente de ésta última, no hay más de un paso.

En fin, notaremos para concluir, los hechos siempre constantes de los puerperios á cada paso felices de las mujeres anestesiadas, y bien que los elementos de una comparación exacta sean bastante difíciles de reunir, mi impresión general es, que las convalecencias han sido en general más rápidas en las mujeres á las cuales se había evitado, á un grado cualquiera el dolor, la fatiga y el agotamiento nervioso debidos al parto, que en las que se habían dejado sin el menor aligeramiento. La mayor parte de las mujeres á quienes hemos hecho parir con el auxilio del cloroformo, se han mostrado satisfechas, maravilladas y llenas de gratitud. Además, yo creo lo mismo que muchísimos prácticos, que la opinión de la mujer debe, dígase lo que se quiera, y alejando toda exageración contingente, conservar su valor absoluto, ¿Por qué querrían que las mujeres no tuviesen voz en este asunto? ¿Y en quién, pues, encontraría uno una competencia más natural y más especial que en ella que, en esta cuestión del sufrimiento del parto, puede á buen derecho, declararse al mismo tiempo juez y parte suprema?

De este número ya muy respetable de hechos felices, y de maravillosos resultados obtenidos por todos los parteros anestesistas de todos los países, y algunos de mi práctica personal, sin tener en cuenta rigurosas ignorancias, imprudencias ó imperfecciones, y ateniéndome á las estadísticas constante y uniformemente felices, yo concluyo en una inocuidad insuficientemente explicada, tal vez hasta hoy, pero brillante al menos, de la *Anestesia aplicada á los partos naturales.*

III

INDICACIONES DE LA ANESTESIA OBSTÉTRICA Y MODO DE PROCEDER Á ELLA.

Dada la inocuidad del cloroformo en el parto natural y la inmunidad de la mujer para este precioso agente, todas las veces que el elemento dolor esté en exceso ó que la parturienta no quiera más soportarlo, creemos que es un deber de todo partero humanitario y no seducido por sofismas más ó menos vulgares, el prestar á la parturienta el alivio que solicita, siempre que después de haber recurrido á otros medios más sencillos, éstos hayan sido insuficientes, y sobre todo, siempre que no haya ninguna contradicción formal; esta es la primera indicación, repetimos, de aplicar la anestesia obstétrica. Unicamente diremos que en la generalidad de los casos basta y debe preferirse para aplicar el cloroformo, el momento del *último período* ó *período de expulsión*, pues es el más doloroso y el que generalmente no pueden ó no quieren soportar las desgraciadas parturientas, pues los anteriores dolores son generalmente bien soportados y sería sumamente laborioso el sostener la anestesia obstétrica, sobre todo, durante muy largo tiempo.

En las parturientas primerizas en quienes como todos los parteros saben, el parto es muy largo y muchísimo más doloroso que en las pluríparas, creemos que es un deber del médico—si es solicitado para ello—el aplicar la anestesia obstétrica, sobre todo en el último período del trabajo, es decir, el período de expulsión, que como hemos dicho, es el más doloroso é intolerable, y en donde con más frecuencia se suelen

presentar accidentes debidos al agotamiento nervioso, y con más razón en las mujeres de esta Capital, que como se sabe, son casi todas de una constitución muy nerviosa y raquítica.

Otra de las indicaciones de la anestesia obstétrica es cuando en las mujeres muy nerviosas el trabajo determina un mal trato extraordinario y una agitación que puede ir hasta un cierto desorden de la inteligencia.

Guibert piensa que se puede obtener generalmente la *analgesia* sin *la anestesia*, y que esto es suficiente en la práctica de tos partos.

En el momento en que la mujer comienza á soportar impacientemente sus dolores, pone en el antebrazo una inyección hipodérmica de clorhydrato de morfina á la dosis de un centígramo. En seguida, un cuarto de hora después, cuando un dolor se anuncia, hace respirar á la mujer el cloroformo; después de unas diez inspiraciones la mujer siente que el dolor disminuye, aunque la contracción continúa. Pasado el dolor, suspende las inhalaciones para repetirlas al siguiente dolor. Bajo la influencia de este medio, que lo continúa durante todo el trabajo, la calma renace muy pronto.

Cuando la cabeza llega al perineo y cuando la *analgesia* viene á ser menos pronunciada, es necesario, dice Guibert, no temer el inyectar un medio centígramo de morfina que, añadiéndose á la primera dosis, hace muy soportables y muchas veces casi nulos los últimos dolores del parto. Es fácil el evitar la anestesia, y basta para esto el interrumpir frecuentemente las inhalaciones clorofórmicas.

Yo participo de la opinión de Guibert, y únicamente no admito ni la aplicación de la morfina ni las inhalaciones continuadas durante todo el trabajo.

Primero, porque como se sabe, la morfina en la generalidad de las mujeres, no obstante la tolerancia para este narcótico, no por eso deja de producirles vómitos, que además de las molestias, desordenan el trabajo, y que tenaces y fuertes han provocado alguna vez rupturas de la placenta; segundo, porque como hemos dicho, sería sumamente laboriosa la aplicación de

la anestesia durante un tiempo tan largo, y creo que en caso de necesidad se deberán empezar las inhalaciones desde el fin del primer período ó período de dilatación, que es cuando los dolores comienzan á ser sumamente fuertes é insoportables, interrumpiendo las inhalaciones como se verá cuando hablemos del modo de proceder á la anestesia obstétrica. Así pues, creemos que la morfina deberá usarse con alguna reserva.

Otras veces las contracciones uterinas son irregulares y tanto más penosas cuanto que no son siempre seguidas de una remisión completa y que se prolongan entonces, por decirlo así, en pura pérdida.

Esto se observa sobre todo en el caso de rigidez, de espasmo ó de cualquiera otro estado morboso del cuello de la matriz. La acción del cloroformo, aun sin ser llevada muy lejos, calma el dolor, disipa el espasmo y da al parto su marcha natural. Esto se concibe tanto mejor cuanto que el cuello de la matriz, recibiendo algunos hilos nerviosos de la médula espiral, pertenece en parte á la vida de relación. En rigor se comprende, sin embargo también, que el cloroformo pueda disipar el estado espasmódico del cuerpo ó del fondo del útero, sin influir notablemente en la contractilidad de esta víscera: pero está uno aquí sobre el límite de la extremada prudencia, y si se expone uno muchas veces á sobrepasarla un poco, es que la suspensión momentánea del trabajo puede ser á su vez favorable. Creemos, sin embargo que, en este caso de espasmo del cuerpo ó del fondo de la matriz, conviene ensayar previamente los narcóticos, aunque con reserva como hemos dicho.

Cólicos intestinales vivos, calambres en los miembros, muy fuertes é inatacables por los medios aconsejados, cualquiera que sea su sitio, pueden indicar el cloroformo más bien que el opio cuando son bastante intensos para reclamar un aligeramiento inmediato.

Otra de las indicaciones de la anestesia obstétrica y una de las principales se presenta en las posiciones *occípito–posteriores* de vértice no reducidas ni reductibles, y en las cuales, como se sabe, los dolores del período de expulsión son sumamente

fuertes é intolerables, sobre todo para las primerizas. En efecto, en estas posiciones, en el momento en que la cabeza desciende recta á la excavación, comprime primero poderosamente los plexus nerviosos sacros, lo cual produce dolores intensísimos y que traen consigo muchas veces, como hemos dicho, accidentes bastante graves. En seguida, cuando la cabeza ha descendido aún más y que empieza á distender el perineo, los sufrimientos son de la misma manera insoportables, y además es en estos casos en donde con más frecuencia se notan las desgarraduras más ó ménos extensas del perineo. Así pues, creo que en estos casos debe el partero administrar el cloroformo á la parturienta bajo la forma de *semi–anestesia*, y de esa manera evitará todos los accidentes mencionados.

MODO DE PROCEDER Á LA ANESTESIA OBSTÉTRICA.

En la táctica de las inhalaciones clorofórmicas se puede decir que, no es ni la dosis del agente anestésico, ni su intermitencia ó su suspensión, y su continuación, que constituyen todo el problema. Puesto que éste consiste, haciendo desde luego el parto indolente, en hacer además la anestesia misma exenta de inconvenientes y de peligros.

Aquí se presenta desde luego la interesante cuestión de si son necesarios ó no los *ayudantes*, como lo son en el caso de la anestesia quirúrgica completa, y aun en la anestesia obstétrica operatoria que es lo mismo. Esta ha sido otra de las objeciones que se han hecho al uso del cloroformo en el parto natural, espontáneo; é intencionalmente he dejado la discusión y el análisis de ella para cuando tratase yo del modo de proceder á la anestesia, porque me ha parecido que no podría ser más á propósito ni podría caber mejor en otro lugar que en este.

En la anestesia quirúrgica ni el número ni la inteligencia de los ayudantes ha bastado siempre para evitar un accidente clorofórmico. Sentado esto, y si admitimos para la semi–anes-

tesia, yo no digo toda imposibilidad, pero por lo menos una muy pequeña probabilidad de un peligro contingente, no vemos por qué el número de los ayudantes favorecerá más nuestra seguridad. Yo dejo para la cirugía y para la obstetricia operatoria el cuadro que yo admito entonces como de toda necesidad y del cual hé aquí la descripción: "Un ayudante, que debe ser *médico*, aprecia el pulso de la madre......... otro ayudante, igualmente *médico*, á la cabecera de la paciente, estará encargado de dar el cloroformo de la manera siguiente, que nos ha parecido siempre preferible á todas. Después de haber derramado sobre la parte inferior (de una compresa ó de un alcatraz hecho con un pañuelo y en el interior del cual se coloca una pequeña esponja ó un pedazo de algodón) unas veinte ó treinta gotas de cloroformo, aplicará la mitad de la porción *superior* de esta compresa sobre la raíz de la nariz. La mantendrá allí con los dos dedos de una mano, en tanto que con la otra agitará suavemente delante de la boca y de las narices la parte de la compresa que ha recibido el líquido, *sin jamas tocar la cara.*" Sin contar un tercer ayudante, siempre médico, "á las órdenes del partero."

Como se ve, desde luego no puede tratarse aquí más que de la anestesia *quirúrgica.*

Nosotros cuando sometemos á la anestesia á una mujer que pare fisiológicamente, nos colocamos á la derecha de la cama; con la mano izquierda colocamos á una corta distancia de las vías respiratorias, un pañuelo ligeramente impregnado de cloroformo, ó mejor el alcatraz ya mencionado y que es el aparato más pronto, sencillo y cómodo, el cual aproximamos ó alejamos de tiempo en tiempo. Con la mano derecha tocamos el pulso, y si queremos practicar el tacto, aprovechamos un intervalo entre dos contracciones uterinas—durante las cuales no damos cloroformo—para servirnos de nuestra mano derecha, la izquierda quedando momentáneamente libre, tomando á su vez el pulso.

De esta objeción de no tener *ayudantes* se deduce incidentemente la cuestión del modo de administrar el cloroformo en

el parto natural. No solamente no queremos aparato, sino tampoco adoptamos la compresa fija por una extremidad y agitada por la otra, práctica en uso en las cloroformizaciones quirúrgicas continuas, como lo acabamos de ver. El pañuelo colocado con una mano y que se puede alternativamente aproximar y retirar á voluntad de las vías respiratorias de la paciente, hé ahí, según nosotros, una diferencia fundamental que debe modificar mucho la cuestión del empleo *necesario de ayudantes.*

Durante los primeros fenómenos de la anestesia, la mano del partero no debe de abandonar el pulso, pues como se sabe, estos primeros momentos son los más peligrosos generalmente. Más tarde, cuando la parturienta se ha habituado al olor del medicamento y á sus efectos, se puede uno ahorrar esta severidad de actitud.

Supongamos por un instante que en un caso de los más sencillos, quiera uno rodearse de *dos ayudantes médicos* de los cuales uno por lo menos deberá saber manejar el cloroformo. ¿Será esto fácil, será practicable? ¿Qué familia y sobre todo, qué joven queriendo tomar cloroformo y habiendo manifestado de antemano su deseo, consentirá en verse rodeada en ese momento de dos médicos que tal vez no conoce? ¿Y si son dos compañeros que ella misma designe, serán los dos adeptos al método?

Y aún hay otra consideración posible: ¿está uno seguro de encontrar estos médicos, cuando muchas veces no es siempre fácil encontrar ni aun al mismo partero? ¿Qué sería de noche y aun todavía más, en el campo?

Hoy que, como sabemos, no es necesario el uso de inhalador especial, sino que basta en la práctica con el simple pañuelo embebido de cloroformo, se puede, en caso de necesidad y después de comenzada la anestesia, tener una partera inteligente que en nuestra presencia y bajo nuestras órdenes sea suficiente para secundar al partero, como hacia al fin del trabajo, cuando la anestesia había ya durado unos veinte minutos, y cuando se había manifestado ya una tolerancia evidente

después de la cual casi siempre muy pequeñas dosis de cloroformo, dadas con ciertos intervalos, son suficientes para mantener el grado que se desea de anestesia.

Entre los efectos que se producen durante la anestesia obstétrica, nos detendremos en señalar como de importancia práctica, la significación engañadora de los gritos en ciertas parturientas, que vienen á ser más ruidosos durante la anestesia que antes. Esta sobrexitación ha sido á menudo observada en la práctica anestésica de los cirujanos, sobre todo, cuando la anestesia es incompleta y no hacen caso de ello, persuadidos que están de que los pacientes así afectados no se *acuerdan* conmunmente del mal que parecen haber sufrido, y que obedecen en este período de excitación y de gritos, más bien á movimientos reflejos automáticos, que á una percepción psicológica del dolor. Señalamos este hecho capital, para evitar al partero no prevenido de esto, la tentación de aumentar indefinidamente las dosis de cloroformo, con el objeto de poner fin á este estado, el cual, como hemos dicho, es muy raro en la anestesia obstétrica.

Este estado me parece más bien debido á la susceptibilidad y á la excitabilidad particulares de ciertas mujeres, que á la insuficiencia de las dosis.

En las posiciones occípito-posteriores de vértice, que es uno de los casos en que con más frecuencia se recurre al cloroformo por ser muy dolorosas y difíciles á causa de la resistencia muy tenaz del perineo, si por ejemplo se han comenzado las inhalaciones en el momento en que la dilatación es poco más ó menos completa, la táctica consistirá en acentuarlas durante la serie de contracciones y de esfuerzos destinados á expeler el huevo á través del orificio uterino. Una vez el orificio atravesado y durante el trayecto vaginal se podrá, en todos los casos, disminuir un poco las dosis y alejar las inhalaciones durante un cierto tiempo. Se las volverá á repetir luego que el vértice se habrá aproximado al estrecho inferior, y para una primera posición de vértice que camina regularmente, no se suspenderán sino hasta el fin de la expulsión. Para una se-

gunda posición no reducida, al contrario, se debe uno preguntar si no sería mejor esperar un poco más para permitir á toda la fuerza expulsiva ejercerse de lleno para producir la rotación de la cabeza, facilitando esta rotación por la aplicación del dedo detrás de la oreja del feto, según el procedimiento de Tarnier; en caso contrario, se intervendrá por medio de una aplicación de fórceps.

No debemos olvidarnos de hacer notar que el estado de primiparidad ó de multiparidad deberá influir también sobre la táctica de la anestesia. La anestesia parece á primera vista, deber ser indicada más particularmente para las primíparas, como más adaptada á sus resistencias puestas en juego por la primera vez.

Lógicamente esto parece ser verdad, pero prácticamente se puede decir también con certeza, que la anestesia presenta en este estado de primiparidad condiciones de duración—entrecortada toda de suspensiones—que hacen á menudo su aplicación menos regular, más difícil de manejar y de conducir. En las multíparas, por el contrario, hay grande probabilidad para que, sin hacer durar la anestesia mucho tiempo, se pueda más fácilmente procurarles y mantenerles una anestesia que se extienda desde el fin de la dilatación hasta el fin de la expulsión; y esto siguiendo la ley de los aumentos correlativos de la dosis, según sean los incidentes naturales que se encuentren en el trayecto útero-vulvar.

Hay aquí, además, una razón de orden psicológico que da al médico más facilidad para obrar cuando tiene que ver con una primípara; es que la mujer que pare por la primera vez ignora el dolor que se le espera; y no es ella la que insistirá la mayor parte del tiempo en ser sometida á la anestesia. Es raro, por el contrario, el que una multípara habiendo conservado el recuerdo de los sufrimientos que ha pasado una primera vez y que no le han sido disminuidos, no exija en la segunda prueba, todo el privilegio y todos los beneficios de la anestesia.

Ahora bien, en la mujer que tiene ya la experiencia del par-

to y que, á título de multípara, es más fácilmente sometida á un estado menos irregular y menos laborioso de anestesia, como en la primípara, que ha llegado al fin de su trabajo, después de una anestesia más accidentada, pasa en la gran mayoría de los casos un hecho muy común que conviene señalar. Se nota generalmente, en efecto, que cualquiera que sea para esas mujeres el grado de atenuación de sus dolores en un momento cualquiera del parto (una vez que el *aligeramiento general* habrá sido adquirido y experimentado), será la suma de anestesia obtenida *para el fin del segundo período* (mejor dicho para la *última expulsión*), que caracterizará á sus ojos el resultado más ó menos satisfactorio de *toda* la anestesia á la cual cada una de ellas habrá podido ser sometida.

La razón de esta preferencia dada á este género de localización exclusiva y última del privilegio de la indolencia parece encontrarse en este hecho: que la mujer percibe los *grandes dolores* de la expulsión terminal, de otra manera que no ha debido ni podido percibir los *cólicos sordos* profundos, muy mal soportados también, del fin de la dilatación.

Nada más fácil al médico, que el explicar por la diferencia de inervación, este cambio en el modo de percibir que se nota en la mujer que ha llegado al fin del segundo período. El grito de dolor es diferente; se manifiesta en la parturienta una agitación, una inquietud, una aprensión hasta entonces desconocidas que la atormentan en medio de sus angustias, concentrando sus temores hacia la región de formación reciente que le cría la enorme distensión de la región perineo-vulvar. A pesar de todas nuestras palabras consoladoras, á pesar del apoyo de nuestra presencia, la mujer se cree y se *siente* á cada momento en peligro; el partero podrá afirmarle que todo lo que ella siente en este momento proviene de que el parto entra en la esfera de la vida de relación; ella no puede sustraerse de la sensación llena de angustias de esta inmensa presión dolorosa á la cual cree que no podrá resistir nunca. Esta es una preocupación que llega á ser más y más *personal*, se apodera de su espíritu y no la abandona en medio de sus gritos, en

medio de sus esfuerzos, esfuerzos que, en su enloquecimiento, querría á la vez ayudar para acabar, y retener para no aumentar el peligro. Entonces se borra para ella el recuerdo de todas las sensaciones vagas del principio en que el dolor parecía estar lejos porque era percibido de otra manera. Ahora, el dolor está ahí y como para salir......... y acabar. Pero esto, la mujer no sabe comprenderlo siempre; inundada de sudor y de lágrimas, queda inmóvil en su cama, temerosa que está por el último momento. Para algunas, el pensamiento mismo de su niño que se les presenta anticipadamente, no ha bastado para levantar su valor durante esta "agonía" que precede tan de cerca la vida de uno y la felicidad del otro.

Así, es á un estado semejante de sufrimientos que se refieren las descripciones de Morriman, de Nægele, Velpeau, Meigs, Joulin y las que se encuentran en cada página de la obra de Simpson. Esta elección de nombres, es ciertamente digna de representar aquí la opinión de los países civilizados, sobre el género y la suma de dolor que, en general, incumben á la mujer que ha llegado á este último período del parto.

Por mi parte, en presencia de un cuadro semejante, aunque no llega en todos los casos al mismo grado, prefiero siempre dar el cloroformo cuando se me pide, cuando se me ruega, que ceder á las pretendidas razones de la filosofía y otras, proclamando unas, que las mujeres "deben" soportar sus dolores; otras, que la mayor parte de ellas los soportan con valor.

Yo lo doy según mi conciencia, evitando lo mejor posible las ocasiones peligrosas para su administración, todas las veces que se me pide. Yo no vacilo en proponerlo, siendo hecha toda reserva de las contra-indicaciones, en circunstancias semejantes á las que acaban de ser descritas. Mi opinión bajo este punto de vista está conforme con las de Simpson, Prothe-roe Smith, Campbell, Joulin y otros, y sobre todo que la misión y el deber del médico es y deberá ser siempre, como lo hemos ya dicho al principio de esta memoria, cuando no pueda curar: "consolar siempre."

Así pues, reasumiendo, la táctica de la anestesia obstétrica,

consiste en comenzar por dosis pequeñas y siempre intermitentes, administrando el cloroformo ya sea en el momento de las contracciones ó en su intervalo, según sea el caso que se presente, y guiándose en todos ellos por la observación de la marcha del trabajo ayudada del pellizcamiento cutáneo que designará para la anestesia obstétrica, un límite que tal vez no tendrá nada de preciso ni fijo; será un punto fluctuante y móvil, pero en derredor del cual, por la repetición prudente de las pequeñas dosis, será fácil el mantenerse en un *poco más* ó *menos* suficiente, en medio de estos fenómenos de eretismo, que vienen sin cesar á modificar la influencia desanestesiante del esfuerzo.

CONCLUSIONES.

Antes de terminar el presente trabajo, y reasumiendo todo lo dicho, tengo que afirmar una vez más, que es apoyándome sobre la experiencia de los parteros, cirujanos y fisiologistas que han escrito sobre la anestesia, y algunas de mis observaciones personales, que he emprendido el estudiar el cloroformo aplicado á los partos naturales.

He insistido en este estudio para procurar poner en claro todo lo que podía haber de dudoso en él, y con la esperanza de procurar á las mujeres que se me confiaban para su asistencia, una indolencia parcial ó total que me pedían; y animado por los éxitos ya obtenidos, no he vacilado ya en acceder á sus deseos, y siempre que esto era compatible con la seguridad de la madre y del niño.

En estas condiciones he cloroformado ya algunas mujeres, y he llegado:

1º *Sin peligro.* 2º Sin grandes inconvenientes directamente atribuidos al cloroformo ó que no pudiesen ser reparados al instante. 3º Con la inmensa ventaja de una indolencia muy apreciable, que, independientemente de la calma procurada al cumplimiento de la función y de la diminución de ciertas re-

sistencias, me parece no haber sido extraña al pronto y perfecto restablecimiento de todas mis paridas, evitándoles la sideración nerviosa debida al exceso de los dolores, y debido también, puede ser, á una cierta acción modificadora especial del cloroformo. 4º En fin, *con la conciencia*, en cuanto á mí, de haber, bajo el punto de vista profesional, humana y científicamente intervenido. He llegado á obtener, digo: un *aligeramiento general* desde el principio de las inhalaciones clorofórmicas, y lo más á menudo, sin la excitación tan marcada en cirugía; después un estado de *semi–insensibilidad* al dolor; en seguida, en fin, aunque no siempre, una *insensibilidad completa al dolor*, la *analgesia*, que era como la eliminación de la primera mitad del hacecillo completo de la sensibilidad.

Así comprendida, nuestra anestesia constituía (el sentido de la *presión* interior ó la contracción quedando intactos) una verdadera *semi–anestesia*. Tal ha sido la progresión deseada, buscada, y tengo la certeza de ello, obtenida en la gran mayoría de los casos, conciliando la seguridad de la parturienta con el cumplimiento regular, en suma, (aunque un poco desordenado al principio, para ser compensado después) del parto.

La ausencia de peligro, en mis partos, como en todos los de los demás parteros, se prueba por el hecho solo de no haber tenido ningún caso de muerte, que pueda ser directamente atribuido al cloroformo, manejado *juiciosa y convenientemente á dosis semi–anestésicas.*

En cuanto á los *inconvenientes* debo decir que el parto, siendo indolente, me ha parecido poder ser modificado por la anestesia, de dos maneras:

Primero, por el *aligeramiento* de las contracciones, y una pequeña diminución en su intensidad; en seguida, por una anestesia teniendo los caracteres de la anestesia quirúrgica, género de anestesia que nos hemos ya esforzado, tanto en la teoría como en la práctica, en diferenciar y evitar en la anestesia obstétrica.

Respecto á la lentitud *pasajera* de las contracciones, sabemos cómo se corrige, y haremos esta advertencia general, que lo

más á menudo, todos estos retardos en el trabajo acaban por ser *compensados* un poco más tarde por una aceleración terminal, favorecida en gran parte por la diminución de las ultimas resistencias, lo que permite recobrar el tiempo en apariencia perdido, y accidentes que se pueden evitar no deben hacer condenar un método.

A propósito de esto, diré desde luego, que si hay la menor indicación de terminar más rápidamente el parto, sea por interés de la madre, sea por el del niño, se puede uno evitar el emprender la anestesia y rehusarla claramente si se le cree inoportuna; pero en caso contrario, y no habiendo más inconveniente que el de hacer el parto un poco más largo, y eso no siempre, creo que es preferible el que el parto se haga indolente aunque largo, lo cual no presenta ningun inconveniente, á que se verifique rápido, pero de una manera dolorosa y en medio de tantos y tan horribles sufrimientos, lo cual, como ya lo hemos dicho, sí presenta sus inconvenientes y sus peligros en varios casos.

En cuanto á las parturientas, se han encontrado algunas que se han figurado que toda sensación debía de ser abolida; pero todas las que, un poco más tarde, han podido darse cuenta exacta de lo que les pasaba, han confesado que si habían gritado hasta el punto de hacer creer que sus sufrimientos eran grandes, no les quedaba absolutamente el recuerdo de nada de esto, y convenían, en que un dolor del cual no se tiene conciencia no es verdaderamente dolor, es una sombra á lo más en lugar de una realidad. Otras no han sufrido ni gritado: sabían que existía en ellas una *contracción uterina* pero que les era *indiferente*, y una *presión no dolorosa que las incitaba á hacer un esfuerzo que no tenía nada de penoso.* Estas tenían una vaga idea de lo que les pasaba.

Sentían el pellizcamiento de la piel como una *compresión*, más bien que como un dolor,

Así pues, en resumen, podemos decir que: 1º El peligro de la anestesia obstétrica no está probado y que sus inconvenientes son poco más ó menos nulos.

2º La anestesia obstétrica *difiere* de la anestesia de los cirujanos por su menor extension. No sobrepuja la *insensibilidad al dolor* (analgesia). Este grado una vez obtenido, así como todos los grados de aligeramiento inferiores á éste, constituyen la *semi–anestesia*,

La semi–anestesia llega á mantenerse en el límite arriba indicado:

a. Por medio de dosis de cloroformo pequeñas é intermitentes.

b. Por el freno, digámoslo así, que encuentra en el *esfuerzo obstétrico*.

3º La anestesia obstétrica está *específicamente* caracterizada por:

a. *La táctica de las inhalaciones* del agente anestésico hechas en el momento de la contracción uterina, ó en un momento cualquiera, durante el intervalo que separa dos de estas contracciones.

b. Por la acción desanestesiante del esfuerzo, de donde resultaría para la mujer en la actividad del trabajo, una cierta inmunidad contra los accidentes clorofórmicos.

4º Tal como la vemos y la comprendemos hoy, la anestesia obstétrica es suficiente, sin peligros, sin inconvenientes serios y con inmensas ventajas, para las indicaciones de los partos naturales.

Una vez eliminada la idea del peligro en la anestesia obstétrica, tal como la practicamos, las *ventajas* de ésta se presentan á la vista de todos. No es solamente en las páginas de esta memoria que se encuentra la prueba de ella. Todas las mujeres que han sufrido el ensaye prudente y bien dirigido de ella, han quedado satisfechas, y podríamos decir, muy á menudo maravilladas. Todos los médicos que han sabido emplearla juiciosamente, y que han sido testigos de sus prodigiosos efectos, no han querido más renunciar á ella aun en los casos más sencillos cuando no había ninguna contradicción á su empleo. La práctica de este método, brillantemente inaugurada en Francia por el profesor Pablo Dubois, ha sido allí valerosamente sostenida y generalizada por Houzelot, Laborie, Danyau,

el profesor Gubler, Courty, Verrier, Budin, Fochier (de Lyon), Emilio Dubois, J. Dubrisay, etc.—Yo no hablo más que de los que la han defendido científicamente,—y á este respeto, es necesario no olvidarlo, por un agregado á la Facultad de Paris, Joulin, cuyo capítulo sobre "el empleo del cloroformo en los partos," es de los más notables. Joulin, *Tratado completo de partos.* 1867, p. 642–649.

El método, según lo que yo he visto y oído á otros médicos, y de nota, no carece de defensores más ó menos ardientes. Poco á poco se irán convenciendo los demás, de los beneficios que presta, y se aprovecharán de ellos. Todo el mundo se suscribirá á él, y las mujeres que hayan sufrido dos pruebas comparativas del dolor pleno y entero, mal disfrazado por otros medios, y del dolor atenuado debido á las inhalaciones clorofórmicas, preferirán á cualquiera otro aligeramiento aquel que en algunos segundos, puede, por decirlo así, velarles el sufrimiento, ser suspendido al menor inconveniente, ser vuelto á usar si se le juzga conveniente y llevado con un éxito creciente y con toda seguridad hasta el fin del trabajo. Los mismos médicos, por un poco de más tiempo de atención y de fatiga, que esto les podrá costar, no encontrarán en ello ordinariamente, sino ocasiones para una asistencia más eficaz.

Yo no conozco sino pocos que no hayan apreciado su conveniencia. Estas excepciones desaparecerán á su vez, á medida que se familiaricen más y más con la práctica. El partero deberá, además, apreciar la ventaja que encuentra en haber evitado á sus paridas "el violento sacudimiento nervioso ocasionado por el dolor percibido en toda ó en casi toda su intensidad" (Gubler), y cuyas consecuencias pueden ser aquí, como en cirugía, si no fatales del momento, por lo menos muy desfavorables para el puerperio.

Yo estoy muy inclinado á creer en esta feliz influencia de la semi-anestesia sobre la convalecencia de las mujeres paridas; me han parecido un poco más rápidas, más francas, más claramente confirmadas. Me ha parecido ser así, en la Maternidad y en mi clientela privada.

Por último, á estas ventajas de la anestesia sobre el puerperio, sería el caso de agregar aquí todo lo que dice Simpson sobre la felicidad *anticipada* y experimentada á *priori* por una mujer embarazada, cuando piensa que en el momento de su parto esperado con tanto temor, se podrá evitarle las angustias más fuertes del trabajo. Además, se sabe la influencia que tiene sobre la salud de las mujeres en general, y en particular de las mujeres en cinta, esta ausencia de inquietud, de temor y de preocupación. Por mi parte, me suscribo completamente á la gran eficacia de estas buenas y felices predisposiciones morales.

Tales son las consideraciones que he creído conveniente hacer sobre punto tan interesante como éste, para someterlas á la ilustre consideración del respetable Jurado calificador, y sin otra mira que el cumplir con un precepto, á la vez que contribuir con mi humilde grano de arena al adelanto de la Ciencia Obstétrica.

Junio de 1889.

LAMBERTO BARREDA.

Por último, á esta variabilidad de [illegible] el princi-
pio, sobre el paso de [illegible] que [illegible]
sobre la salubridad [illegible]
[illegible], cuando [illegible] en el [illegible]
[illegible] tanto tiempo, [illegible]
[illegible] del trabajo [illegible] la influencia [illegible]
sobre la salud de los [illegible] en general, y en particular
de los [illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

Tales son las consideraciones que [illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible]

[illegible]